

귀하의 건강 진료소 선택을 위한 GAU 가입서식
GAU SIGN UP FORM FOR PICKING YOUR HEALTH CLINIC

귀하의 건강케어는 다음달을 시작으로 Community Health Plan of Washington (CHPW) (워싱턴 지역 건강 계획)을 통해 제공될 것입니다. 귀하께서는 건강 진료소를 선택할 필요가 있으시고, 그렇지 않으면 귀하께 진료소가 지정될 것입니다. CHPW 진료소 목록을 보아 주시고, 귀하께서 귀하의 모든 건강필요를 위해 가고 싶은 진료소를 선택해 주십시오. 만일 가능하다면, 그 진료소에 지정될 것입니다.

1. 성명	2. 생년월일	3. 사회보장번호
4. 주소	도시	우편번호
전화번호	메시지를 남길수 있는 전화번호	5. 거처하는 집이 있으십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
6. 어느 진료소와 의사를 선택하고 싶으십니까?		
진료소	의사	
사인	날짜	

DSHS 13-754 KO (06/2005)

이곳으로 팩스를 보내주십시오: **CHPW Eligibility**, 팩스 번호 **206-521-8834**

만일 가능하다면, 귀하께서 선택하신 진료소와 의사에 등록되실 것입니다. 싶으시면 다음 달에 귀하의 CHPW ID 카드를 확인해 주시거나, 아니면 전화 1-800-440-1561로 해 주십시오.